

# Артериальная гипертензия и беременность

А. С. ГАЛЯВИЧ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии КГМУ.

Артериальная гипертензия является одной из сложных проблем медицины. Она встречается во время беременности, по различным данным, в 5%, 10% случаев, а по некоторым сведениям у 15–20% первородящих. Сравнительный анализ наших данных показывает, что за 3 года (с 1998 по 2001 гг.) с ростом количества беременных на 20,8% количество больных с артериальной гипертензией увеличилось в 3 раза. С одной стороны это отражает истинное положение вещей (рост заболеваемости). С другой стороны с 1999 года ВОЗ/МОГ были установлены более жесткие критерии диагностики артериальной гипертензии — 140/90 мм рт. ст.

Артериальная гипертензия во время беременности считается причиной материнской смертности в 20–33% случаев. Новорожденные от матерей с артериальной гипертензией, имевших протеинурию в поздней стадии беременности, рождаются недоношенными, либо погибают при родах, либо имеют высокий риск смерти в неонатальном периоде.

По рекомендациям ВОЗ диагностика артериальной гипертензии у беременных проводится на основании определения диастолического АД в положении женщины полулежа (угол с горизонтальной плоскостью 15–30° град.). Такое положение позволяет устранить гемодинамические сдвиги, связанные с беременностью. Следует помнить, что у беременных женщин нормальный уровень диастолического АД на 10 мм рт. ст. ниже, чем у небеременных. В связи с этим гипертензия диагностируется тогда, когда диастолическое АД, определенное дважды с интервалом 4 часа и более равно или больше 90 мм рт. ст., или при первом же измерении равно 100 мм рт. ст. По рекомендациям ВОЗ/МОГ 1999 г. артериальная гипертензия диагностируется при уровне АД 140/90 мм рт. ст. или при приросте АД в 1-ом триместре на 25 мм рт. ст. систолического и/или 15 мм рт. ст. диастолического АД.

В США артериальная гипертензия во время беременности диагностируется при увеличении АД более 135/85 во 2-м триместре или более 140/90 в 3-м триместре. Артериальную гипертензию (АГ) при беременности подразделяют на типы:

1. Предшествующая стабильная АГ (имеется у 1–5% беременных).
2. Впервые выявленная гестационная АГ (имеется у 5–7% беременных).
3. Преэклампсия.

Преэклампсия/эклампсия проявляется артериальной гипертензией, протеинурией (более 300 мг/сутки). Кроме того, могут быть эпигастральные боли, увеличенные уровни билирубина и трансминаз, креатинина, АД более 170/110 мм рт. ст., головная боль, нарушения зрения, которые свидетельствуют о прогрессивном ухудшении состояния, нарушениях коагуляции. В настоящее время отеки ног не считаются характерным признаком эклампсии.

Следует помнить, что преэклампсия может без предвестников перейти в эклампсию (судороги).

Следует ожидать преэклампсию у беременных с АГ, если диастолическое АД увеличивается более чем на 20 мм рт. ст. при повороте женщины с левого бока на спину — так называемый «ролл-овер тест».

## Лечение артериальной гипертензии

Немедикаментозная терапия при беременности заключается в уменьшении физических нагрузок вплоть до постельного

режима (в зависимости от величины АД). Рекомендуется принимать положение на левом боку, поскольку в этом положении АД может снизиться из-за увеличения плацентарного кровообращения, мобилизации внесосудистой жидкости, улучшения перфузии почек и увеличения диуреза, уменьшения секреции катехоламинов. Не рекомендуется ограничение соли в связи с тем, что это может привести к уменьшению внутрисосудистого объема крови и ухудшению плацентарного кровотока. Естественно, что не следует употреблять алкоголь, курить (кроме их отрицательного влияния на плод, возможно усугубление артериальной гипертензии). Рекомендуется добавление в пищу кальция (карбонат кальция 2 г/день) для профилактики преэклампсии.

## Антигипертензивные средства

При беременности противопоказаны ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов (антагонисты) ангиотензина II в связи с их тератогенностью.

Диуретики, вызывая уменьшение объема циркулирующей крови, могут уменьшать и плацентарный кровоток, в связи с чем их не рекомендуется применять при беременности, за исключением особых ситуаций (отек легких).

Бета-адреноблокаторы у матери вызывают снижение почечного кровотока и клубочковой фильтрации. Они могут вызывать преждевременное сокращение матки, преждевременные роды. Кроме того, бета-адреноблокаторы снижают проницаемость плаценты, ухудшают маточно-плацентарный кровоток, что может привести к задержке развития плода, его гипотрофии. На плод бета-адреноблокаторы действуют также отрицательно, вызывая брадикардию, угнетение дыхания, гипогликемию, желтуху. Однако в литературе имеются данные о безопасности применения при беременности бета-блокаторов с внутренней симпатомиметической активностью пиндолола и окспренолола, а также селективных бета-блокаторов — атенолола и метопролола. Женщинам, получающим бета-адреноблокаторы, противопоказана местная анестезия при родах из-за угрозы артериальной гипотензии.

Блокаторы медленных кальциевых каналов дигидропиридинового ряда (нифедипин) и дилтиазем нежелательны для лечения артериальной гипертензии при беременности в связи с их тератогенностью. Данные о безопасности верапамила и амлодипина пока недостаточно.

Доказанная безопасность и эффективность гипотензивных препаратов при беременности относится к средствам центрального действия — метилдопа (допегит, альдомет), клонидин (клофелин, гемитон). Несмотря на относительную безопасность метилдопы и клонидина (клофелина), длительное его применение может приводить к снижению возбудимости ЦНС плода, аутоиммунной гемолитической анемии, поражению печени. Дозы допегита: от 750 мг до 4 г в сутки (за 3–4 приема).

Дозы клонидина: от 0,1–0,3 мг до 1,2 мг в сутки.

Резерпин и его аналоги вызывают задержку развития плода. Применение матерью резерпина незадолго до родов может привести к появлению ринореи, бронхореи у плода из-за задержки инactivation гистамина.

Сульфат магния, при длительном его применении, может накапливаться у плода, вызывая угнетение ЦНС.

Для предупреждения возникновения инсульта или эклампсии необходимо снижать АД с уровня 170/110 мм рт. ст. (данный уровень весьма условен).

Следует помнить, что аспирин не предупреждает развития эклампсии (как считалось ранее).

Для экстренного снижения высоко-го АД у беременных можно использовать: лабетолол, гидралазин, магния сульфат (слабый или умеренный эффект), дибазол (слабый эффект). Для купирования гипертонических кризов препаратом выбора является сульфат магния, несмотря на неизвестный до сих пор механизм его антигипертензивного действия. Применение нифедипина короткого действия может привести к резкому снижению АД и вызвать инфаркт миокарда или дистресс у плода. Кроме того, одновременное применение блокатора кальциевых каналов и магнезии может также привести к снижению функции миокарда у плода.

При сохранении высокого АД более 1 недели после родов следует рассмотреть возможные причины этого состояния — необходимо провести дифференциальную диагностику. При кормлении грудью в таких ситуациях следует по возможности обходиться немедикаментозными методами лечения, а при неконтролируемости АД рекомендуется отдать предпочтение метилдопе (допегит).

В таблице приводим гипотензивные средства, которые показаны и противопоказаны при артериальной гипертензии и беременности.

Таблица  
Антигипертензивные средства при беременности

Показаны	Условно показаны	Противопоказаны
Метилдопа (допегит, альдомет), клонидин (клофелин, гемитон), гидралазин (при кризе)	бета-блокаторы с ВСА и селективные (брадикардия плода, преждевременные роды), диуретики (при застое), верапамил(?), амлодипин(?)	Ингибиторы АПФ (тератогенность), блокаторы рецепторов ангиотензина II (тератогенность), блокаторы кальциевых каналов (дилтиазем — тератогенность), диуретики (уменьшение объема циркулирующей плазмы крови)

В целом, следует отметить, что подходы к лечению артериальной гипертензии изменились незначительно за последнее время, что можно объяснить малым прогрессом в понимании сущности повышения АД у беременных и недостатком доказательной базы у данной категории пациентов.

## Литература

1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность (Методические рекомендации). Казань, 2002. Галевич А. С., Нетребко Б. В., Фатыхов А. М., Горнаева Л. И.
2. Expert consensus document on management of cardiovascular disease during pregnancy. Eur. Heart J. 2003, V. 24, P. 761–781.

**Примечание.** Необходимость в применении нифедипина и других антагонистов кальция чаще всего возникает в конце второго или третьего триместре беременности в связи с гестозом и плацентарной недостаточностью. На этих сроках риск тератогенного влияния отсутствует, поэтому применение этих препаратов в акушерской практике рекомендуется.